



Requerimento para obtenção dos Benefícios SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER O FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO

- Tente responder a tantas perguntas quanto lhe for possível.
- Na 1ª página do formulário de requerimento, indique o número de telefone através do qual pode ser contactado durante os dias úteis ou através do qual seja possível deixar-lhe uma mensagem.
- Não se esqueça de assinar o seu nome antes de entregar o formulário de requerimento.
- Não se esqueça de ler o Aviso de Direitos, Responsabilidades e Sanções.

O QUE ACONTECE A SEGUIR? Pode enviar o seu formulário de requerimento por correio ou fax, ou entregá-lo pessoalmente no gabinete DTA mais próximo de si. Depois de recebido, um gestor de casos analisará a sua candidatura.

O(A) SENHOR(A) TEM DE SER ENTREVISTADO(A): O(A) senhor(a) deverá ser entrevistado(a) pelo seu gestor de casos para falar sobre as informações que o(a) senhor(a) apresentou no seu requerimento. Um gestor de casos entrará em contacto consigo por telefone para falar sobre o seu requerimento para os benefícios SNAP.

Nota: O(A) senhor(a) deverá receber uma carta a marcar uma entrevista por telefone, se o seu gestor de casos não conseguir entrar em contacto consigo por telefone.

O(A) SENHOR(A) TEM DE APRESENTAR COMPROVATIVOS: Durante a sua entrevista, o gestor de casos explicar-lhe-á que comprovativos e que informações o/a senhor(a) terá de apresentar para receber os benefícios SNAP. O seu gestor de casos enviar-lhe-á uma lista de verificação com os documentos que o(a) senhor(a) tem de apresentar. O(A) senhor(a) terá 30 dias a partir da data em que a sua candidatura for recebida para nos entregar os comprovativos de que necessitamos. Não se esqueça de pedir ajuda ao seu gestor de casos, se tiver dificuldades em conseguir esses comprovativos. O(A) senhor(a) poderá enviar esses comprovativos por fax ou correio, ou entregá-los pessoalmente ao seu gestor de casos.

DECISÃO: O(A) senhor(a) receberá uma decisão relativa ao seu requerimento no prazo de 30 dias.

Esta página deve ser destacada e guardada para sua referência.



De que comprovativos irei precisar?

Estes são a maior parte dos comprovativos de que irá precisar quando apresentar o requerimento para os benefícios SNAP.

- **Identificação com o seu Nome e Morada:**
Se não possuir morada, deverá indicar-nos onde está hospedado.

- **Comprovativo de Rendimentos:**
Uma declaração de rendimentos ou talão de depósito directo de rendimentos não derivados de trabalho, incluindo quantias do rendimento de juros e a frequência dos pagamentos. Se estiver a trabalhar, apresente os últimos quatro recibos de vencimento, talões de depósitos directos ou cópias de cheques.

- **Números da Segurança Social de todos os membros que apresentam requerimentos**

- **Comprovativo do Estatuto de Não-Cidadão:**
Se o(a) senhor(a) não é cidadão, obtenha um comprovativo do estatuto legal de não-cidadão.

- **Comprovativo das Suas Despesas (este comprovativo é opcional, mas se o(a) senhor(a) for elegível, os seus benefícios SNAP poderão ser mais elevados, se apresentar comprovativos das suas despesas):**
Facturas actuais de despesas de alojamento: renda ou hipoteca bancária, despesas com aquecimento/arrefecimento e outros serviços públicos, facturas médicas ou receitas (de medicamentos, óculos, produtos para diabéticos, etc.).

Para mais informações sobre como pode obter os benefícios SNAP, ligue para a Linha Directa SNAP através do número 1-866-950-FOOD (3663).

Departamento de Assistência Transitória de Massachusetts
Aplicação Simplificado para SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program)
para Pessoas Idosas

(Individuos e Casais com 60 Anos de Idade ou Mais)

Informação da Requerente

1. Por favor preencher a seguinte informação pessoal.

Seu Nome (Sobrenome, Nome, Inicial)		N. do Seguro Social:
Numero de telefone	Podemos contatá-lo(a) durante o dia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data de Nasc.:
Endereço Atual (Numero e Rua, Apt #)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Cidade, Estado, Codigo Postal		
Endereço para correspondencia (se for diferente)		Voce não tem onde morar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

2. **Descendência/Raca:** Esta informação é recolhida para asseguramos de que todos sejam tratados de forma justa. Sua resposta é voluntaria e não afetará a sua elegibilidade nem a quantia dos beneficios.

Descendência: Hispanica ou Latina Sim Não

Raça: (*marque todas as que aplicam-se*)

- Indigena Americano ou Nativa do Alaska Asiatico Preta ou Afro-Americana
 Nativa do Havai ou de Outra Ilha do Pacifico Branca

Língua falada: Identifique por favor a língua que você fala _____

3. Você é cidadão americano? Sim Não

4. Você é residente de Massachusetts? Sim Não

5. Você tem uma situação que é especial? Marque todas que aplicam-se a voce?

- Debilitação Fisica ou Mental Debilidade Auditiva Debilidade Visual
 Precisa de Interprete Uso da Linguagem para Surdos-Mudos Outra _____

6. Alguém lhe ajudou a completar esta informação? Sim _____ Não _____

Nome da pessoa que lhe ajudou _____ Numero de telefone _____

Informação Sobre as Pessoas com Quem Você Vive

7. Você é casado? Sim Não

8. Se fôr casado, seu marido (a) vive com você? Sim Não

9. Em seu lar há crianças menores de 22 anos? Sim Não

10. Há outras pessoas que vivem com você que compram e praparem alimentos juntos? Sim Não

11. Favor listar todas as pessoas com quem você vive.

Nome	Sobrenome	N. do Seguro Social	Data de Nasc.	Sexo	Cidadão Americana	Parentesco com você
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Informação Financeira

12. Você ou alguém em sua casa recebe qualquer tipo de rendimento abaixo indicado?

Tipo de Rendimento	Quantidade de Rendimento	Frequencia de Rendimento (Semanal, Bi-semanal ou Mensal)	Nome de Pessoa Que Recebe Rendimento
Seguridade Social	\$	mensal	
SSI	\$	mensal	
Pensao	\$		
Beneficios para Veteranos	\$		
Seguro do Desemprego	\$		
Salario do Emprego	\$		
Outra (especificar) _____	\$		
Outra (especificar) _____	\$		

13. Você tem despesas com cuidados de dependentes adultos? Sim Não

14. Você tem outras despesas medicas como prescrições, medicações de venda livre, suprimentos diabeticas, garafas, ajuda para audição, etc.? Sim Não

15. Quanto paga de aluguer/hipoteca por mês? \$ _____

16. Você paga para as despesas seguintes?

- Aquecimento e/ou ar condicionado Sim Não
- Electricidade ou gas para cozinhar Sim Não
- Telefone, incluindo telefone celular Sim Não

Representante Autorizado

17. Você quer dar a outra pessoa autorização para aplicar ou receber os beneficios para você? Sim Não

Sobrenome:	Nome:	Inicial:	Endereco:	N. De Telefone:

Benefícios Expedidos

18. Você pode obter beneficios SNAP dentro de sete dias se:

- O total do seu salário e o dinheiro em sua conta bancaria seja menor do que as suas despesas com moradia mensal; ou
- O Seu salário mensal é menor do que US\$150.00 e o dinheiro em sua conta bancaria é menos ou igual a US\$100.00; ou
- Você é um(a) trabalhador(a) imigrante e o dinheiro em sua conta bancaria é menos do que US \$100.00.

Assinatura

Certifico sobre pena de falso testemunho sob as leis dos EAU e o Commonwealth de Massachusetts que li (ou alguém leu para mim) e compreendo que o "Aviso de Direitos, Responsabilidades e Penalidades" e que as informações neste formulário são exatos e completos. Também certifico que todos membros de minha familia, que estão solicitando os beneficios SNAP, são cidadãos dos EAU ou, se não são, reúnem os requisitos da imigração, de forma satisfatoria.

X.....

Assinatura do Requerente

.....

Data

Importante: Este Aviso é Apenas Para Sua Informação. Não É Preciso Assinar nem Devolver este Aviso ao DTA.

Aviso de Direitos, Responsabilidades e Penalidades (Por Favor Leia Atentamente.)

Venho por este meio declarar, sob sanção de perjúrio, que eu li ou pedi que me fosse lida, a informação constante neste requerimento e as respostas às perguntas deste requerimento e que tais respostas são verdadeiras e estão completas na medida do meu conhecimento. Também declaro, sob sanção de perjúrio, que as minhas respostas em qualquer suplemento que eu venha a preencher no futuro serão verdadeiras e estarão completas na medida do meu conhecimento. Eu compreendo que prestar informações falsas ou enganadoras ou que falsear, ocultar ou reter factos, quer oralmente quer por escrito, para estabelecer a elegibilidade para o Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) é fraude, uma Violação Intencional do Programa (IPV), e é punível com sanções civis e criminais.

Entendo que o Departamento de Assistência Transitória (DTA) administra SNAP, e que devo informar a DTA qualquer mudança no meu rendimento familiar, meus bens, endereço, arranjos de moradia, tamanho da família, de emprego ou quaisquer outras mudanças que possam afetar nossa elegibilidade do programa SNAP. Devo participar estas mudanças a DTA pessoalmente, por escrito ou por telefone, e devo fazê-lo dentro de 10 dias após a mudança, a menos que tenha autorização do Departamento para informar sobre as mudanças, semestralmente.

Compreendo que nos regulamentos de benefícios de SNAP, para receber dedução das despesas com creche ou com cuidados de dependentes, renda ou pagamentos de hipoteca, com serviços públicos, pagamentos de pensão para sustento de dependentes paga a terceiros, ou despesas médicas, devo informar e fornecer provas ao DTA. Se não informar ou comprovar estas despesas ao Departamento pode significar que vou receber benefícios mensais de SNAP mais baixos, e o DTA assumirá que a minha família não quer receber as deduções, porque as despesas não foram declaradas ou não podem ser comprovadas.

Assinando abaixo, compreendo que todos os membros da família, entre os 16 e 60 anos serão, automaticamente, registrados no Programa para Emprego e Treino do SNAP (SNAP /E&T). O registo automático neste Programa permite que os membros da família tenham acesso fácil aos Serviços SNAP /E&T. Os membros da família que não são isentos, serão notificados sobre os requisitos de trabalho, ser-lhe-ão explicadas as isenções e as penalidades, consequências da recusa de trabalho, e serão recomendados a um trabalho, se apropriado.

Compreendo que assinando este formulário, estou dando autorização a DTA para verificar e investigar estas informações relacionadas à minha elegibilidade para receber esta assistência, como também estou dando autorização ao Departamento para comprovar através de outras agências, incluindo agências federais e estaduais, autoridades de habitação, Departamento do Bem-Estar de outros Estados e instituições financeiras. Também permito que estas agências partilhem as informações, sobre a minha família, que sejam pertinentes ao recebimento desses benefícios, da DTA.

Entendo que assinando este documento, também dou autorização ao DTA para partilhar informações sobre mim e meus dependentes menores de 19 anos de idade com o Departamento de Educação, de modo que meus dependentes automaticamente sejam qualificados para os programas de pequeno almoço e de almoço da escola. Também dou autorização a DTA para partilhar informações sobre mim, meus dependentes com idade abaixo de 5 e qualquer uma pessoa grávida que reside em minha casa com o Departamento de Saúde Pública, de modo que eles sejam referidos ao Programa da WIC, para receberem serviços de nutrição.

Ao assinar este documento dou autorização a DTA e ao Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Massachusetts para partilharem informação sobre a minha elegibilidade para benefícios de auxílio públicos com companhias de distribuição de eletricidade, companhias de distribuição de gás e companhias de telecomunicações, que estão em conformidade com os acordos de confidencialidade executados por estas companhias, com a única finalidade de verificarem a minha elegibilidade para ter descontos nos serviços por elas fornecidos. Também autorizo a DTA para partilhar esta informação com o Departamento de Habitação e Desenvolvimento da Comunidade, para candidatar-me ao Programa de Aquecimento & Alimentação.

Tenho conhecimento que receberei uma cópia do folheto "*Your Right to Know*" (Seu Direito em Saber) e o folheto sobre o programa de SNAP, e que devo lê-los ou ter alguém que os leia para mim, para que eu possa entender o seu conteúdo e os meus direitos e responsabilidades. Se eu tiver quaisquer perguntas sobre os folhetos ou qualquer outra informação, eu perguntarei ao meu administrador do caso. Eu posso também chamar os Serviços de expediente a 1-800-445-6604 se eu tiver problema em ler ou compreender alguma desta informação.

Também juro que todos os membros do meu agregado familiar que solicitam benefícios de SNAP são cidadãos americanos ou estrangeiros com condição de imigrante satisfatória.

Advertência sobre as Penalidades do Programa de Benefício de Assistência Alimentar

Eu compreendo que se eu ou qualquer outro membro de meu lar que esteja recebendo os benefícios de SNAP, intencionalmente não cumprir uma das regras alistadas abaixo, será impedido de receber os benefícios de Programa por **um ano** depois da primeira infração, **dois anos** depois da segunda e permanentemente depois da terceira infração. A pessoa também poderá enfrentar uma pena criminal, sob as leis federais e estaduais aplicáveis. Estas regras são:

- Não ocultar nem dar informação falsa, a fim de receber benefícios de SNAP.
- Não negociar nem vender os benefícios de SNAP.
- Não alterar os cartões EBT, a fim de receber benefícios de SNAP que você não está autorizado.
- Não usar os benefícios de SNAP para comprar produtos inelegíveis, tais como bebidas alcoólicas e tabaco.
- Não usar os benefícios de SNAP nem o cartão EBT de outra pessoa, a menos que seja um "representante autorizado."

Eu também entendo as seguintes penalidades:

- Indivíduos que cometem uma Infração Intencional (IPV) no programa de auxílio financeiro e é confirmado numa Audiência Administrativa (ADH), será impedido de receber benefícios de assistência alimentar, pelo mesmo período que ficar impedido de auxílio financeiro.
- Indivíduos que fazem uma declaração ou representação fraudulenta sobre sua identidade ou local de residência para receber múltiplos benefícios de SNAP simultaneamente, ficará impedido de receber os benefícios do Programa, por **dez anos**.
- Indivíduos que negociam (comprar ou vender) os benefícios de SNAP, para comprar drogas ou substâncias controladas serão impedidos ao Programa durante **dois anos**, quando for verificado pela primeira vez, e **permanentemente** na segunda.
- Indivíduos que negociarem (comprar ou vender) os benefícios de SNAP para a aquisição de armas de fogo, munição ou explosivos serão impedidos permanentemente, de receberem os benefícios.
- Indivíduos que negociarem (comprar ou vender) os benefícios de SNAP que tenham um valor de US \$500 ou acima serão impedidos da participação ao programa **permanentemente**.
- Indivíduos que estão fugindo para evitarem acusação, custódia ou encarceramento, depois da condenação por um crime ou estão transgredindo uma condição de liberdade condicional, não são elegíveis a participar no programa de SNAP.
- Indivíduos que deixarem de cumprir, sem justa causa, com os Requisitos de Trabalho do programa de SNAP serão desqualificados durante um período de **três meses** no primeiro veredicto, **seis meses** no segundo e **doze meses** na terceira vez. Se a pessoa que foi acusada de haver cometido a infração pela terceira vez for o(a) chefe da família, a família *inteira* que vive naquela casa não deverão ser elegíveis para participarem no programa de SNAP, por um período de **seis meses**.

Li o Aviso de Sanções do programa SNAP na minha língua materna.

O Direito a um Intérprete

Eu compreendo que tenho um direito a um intérprete, que será fornecido pelo DTA, se nenhum adulto da família, que recebe SNAP, é capaz de falar e entender inglês. Também entendo que posso ter um intérprete para qualquer audiência com o DTA ou trazer um próprio. Se necessitar de um intérprete para uma audiência, devo chamar a Divisão de Audiências (*Division of Hearings*) pelo menos uma semana antes da data da audiência.

Declaração Sobre Indiscriminação

De acordo com as Leis Federais e do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), e do sistema do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS), esta instituição é proibida de discriminar baseando-se em raça, cor, origem nacional, sexo, idade, ou deficiência. Sob o sistema da Lei de Alimento e Nutrição e do USDA, discriminação é também proibida contra religião ou crenças políticas.

Para registrar uma queixa de discriminação, entre em contato com o USDA ou HHS. Envie para: **USDA, Director, Office of Civil Rights**, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ou telefone para (800) 795-3272 (voz) ou (202) 720-6382 (TTY), ou para **HHS, Director, Office of Civil Rights**, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou chame para (202) 619-0403 (voz) ou (202) 619-3257 (TTY). USDA e HHS são empregadores que fornecem oportunidades iguais.